

UNIVERSITE DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 161

ETUDE statistique et critique sur les cas de REIN UNIQUE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 18 Mai 1923.

PAR

Michaïlo MLADENOVITCH

né à SMEDEREVO (Serbie) le 14 Octobre 1898.



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1923

ETUDE STATISTIQUE ET CRITIQUE
SUR LES CAS DE REIN UNIQUE.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 161

ETUDE

statistique et critique sur les cas de

REIN UNIQUE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 18 Mai 1923.

PAR

Michaïlo MLADENOVITCH

né à SMEDEREVO (Serbie) le 14 Octobre 1898.



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

—
1923

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. HUGOUNENQ.
Doyen	MM. J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,
A. FLORENCE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TESSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique	COMMANDEUR.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires	WEILL
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	POLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS
Chimie biologique et médicale	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie	N.-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOHEL
Histologie	BRETIN
Physiologie	GUIART
Pathologie interne	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Chirurgie opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	VILLARD
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	Etienne MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	MOREAU

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Embryologie	GRAVIER.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie.	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	TRILLAT	ROUBIER
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	FAVRE
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (L.)	FLORENCE (G.)	BONNET
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX	NOEL, chargé
CADE	COTTE	CORDIER	des fonctions
GARIN	DUROUX		

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. ROCHER, *président*, M. THÉVENOT Léon, *assesseur*
MM. TAVERNIER et BONNET, *agregés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MES PARENTS

A LA PIEUSE MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MES SŒURS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR V. ROCHET

Professeur de Clinique d'Urologie

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ LÉON THÉVENOT

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES JUGES

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

ET DES HOPITAUX

ETUDE STATISTIQUE ET CRITIQUE SUR LES CAS DE REIN UNIQUE.

INTRODUCTION

Dans ce travail, nous allons étudier le rein unique, c'est-à-dire les cas où l'un des deux reins fait complètement défaut.

Jusqu'à ces derniers temps on envisageait tous les cas de rein unique, comme de simples trouvailles d'autopsie ou des curiosités ; ce qui nous le prouvait c'était les nombreux cas publiés surtout dans les revues et bulletins d'anatomie.

Actuellement il n'en est plus ainsi, avec les multiples moyens d'exploration en chirurgie urinaire, la cystoscopie puis le cathétérisme des uretères, des radiographies on arrive souvent à diagnostiquer le rein unique sur le vivant, ce qui est d'une très grande importance.

Nous dirons en quelques mots l'anatomie du rein unique et nous ferons remarquer qu'il y a un grand nombre d'auteurs qui ont confondu cette définition, et qui ont publié sous le même titre les cas de reins soudés (rein en fer à cheval, en L, etc.) et de rein unique.

Nous exposerons ici en quelques lignes les reins soudés, situés d'un même côté. Dans ce cas-là nous avons un rein qui est allongé, qui a deux bassinets et deux uretères qui débouchent normalement dans la vessie. Cette anomalie peut conduire un chirurgien à ne pas penser à une anomalie dans les reins puisque dans la vessie se trouvent deux orifices urétéraux, et normaux ; ce qui peut arriver également pour le rein unique avec deux orifices urétéraux dans la vessie ; ou bien on peut voir couler d'un uretère des urines claires et de l'autre des urines troubles et l'explorateur être conduit à de grosses erreurs de diagnostic et à enlever un rein qui représente les deux.

En rassemblant tous les cas que nous avons pu trouver, voici donc le plan que nous avons adopté :

II. — Classement de nos statistiques :

1° Cas observés simplement à l'autopsie, sans importance clinique.

2° Cas observés en clinique :

a) ceux qui ont été diagnostiqués, avant l'intervention ;

b) ceux qui ont été reconnus pendant l'intervention ;

c) ceux qui n'ont pas été reconnus ni avant ni pendant l'intervention.

III. — Réflexions sur nos statistiques. Conclusions. Index bibliographique.

L'idée de ce travail nous a été inspiré par M. le Professeur Rochet (Clinique urologique à l'Hôpital de l'Antiquaille). Ses deux observations qu'il a bien voulu

nous donner sont intéressantes au point de vue de l'importance de la lombotomie exploratrice pour vérifier l'existence des reins dont la cystoscopie n'a pas permis de vérifier non seulement le fonctionnement mais aussi cette existence.

Nous remercions notre Maître de l'obligeance avec laquelle il nous a aidé de ses conseils pendant un an et demi. Ses leçons cliniques nous ont permis d'apprécier son esprit et ses conceptions scientifiques. C'est grâce à lui que nous lui devons nos connaissances sur les maladies des voies urinaires. Nous lui en manifestons ici tous nos sentiments de reconnaissance.

Que M. le Professeur Agrégé Léon Thévenot, qui était pour nous un Maître et un ami et de qui nous gardons le meilleur souvenir de la Clinique urologique, veuille trouver ici l'expression de nos sentiments respectueux et reconnaissants.

CHAPITRE PREMIER

Au point de vue anatomique, d'après les observations que nous avons ici, plusieurs cas peuvent se présenter :

1° *L'absence du rein, de l'uretère et des vaisseaux rénaux du même côté ; dans la vessie on ne trouve pas trace de l'orifice urétéral.* Ce sont ces cas que nous trouvons les plus nombreux et, par conséquent, les plus fréquents.

2° *Le rein manque, mais il y a un uretère et des vaisseaux rénaux.* L'uretère peut exister dans toute sa longueur et se terminer en haut en cul-de-sac, quelquefois il va jusqu'au milieu de la région lombaire, d'autres fois il est très court et se trouve plus bas dans la région iliaque.

Cet uretère n'est pas toujours perméable, souvent il est transformé en un cordon fibreux plus ou moins long. Il y a des cas aussi où l'uretère est perméable au commencement et se termine par un cordon fibreux.

Il est important de dire quelques mots sur le rein unique, sur sa forme, son volume et son siège.

Dans la plupart des cas il est à peu près de forme

normale. Toutefois on a trouvé un petit nombre de reins uniques déformés, aplatis, discoïdes ou présentant une lobulation.

Quand au volume du rein unique sa variation est considérable. Il est très rare qu'il présente une grosseur à peu près normale. Dans presque toutes nos observations nous trouvons le rein augmenté de volume. Il peut même doubler sa grosseur comme nous le voyons dans le cas de Leconte qui dit que le rein unique est deux fois plus gros qu'à l'état normal.

Le rein unique siège en général à sa place normale et très rarement on le voit se déplacer. Papin a pu cependant en trouver dans la littérature un certain nombre de cas : ce sont les cas de Tiedman, Hénot, Mériet, Lombroso, Weissbach, Waston, Margolo, Hebb, Guelmi et Ciniselli, Carrieu et de Rouville, Chrétien, Cutare, Gidan et Vigot, Cullen. Dans tous ces cas le rein unique se trouve en ectopie iliaque ou pelvienne. Dans les cas de Horand et Forster nous voyons le rein unique se trouver en ectopie croisée, c'est-à-dire le rein se trouve d'un côté, l'uretère croise la ligne médiane pour aller déboucher dans la vessie du côté opposé.

L'uretère est plus gros, hypertrophié, d'après beaucoup d'auteurs.

Du côté de la vessie on trouve deux orifices tous deux perméables, dont l'un est immobile, sans écoulement d'urine et la sonde est arrêtée après avoir parcouru un court trajet. Il peut y avoir un seul orifice urétéral.

Dans les cas de rein unique les malformations des

organes génitaux sont très fréquents. Cela s'explique par les relations anatomiques et embryologiques si étroites entre l'appareil urinaire et l'appareil génital.

L'étude des reins uniques a une très grande importance. Ils n'ont pas seulement un intérêt anatomique, mais au point de vue chirurgical ils méritent de retenir notre attention, car il est arrivé que plusieurs cas de rein unique étaient extraits parce que pendant l'observation on ne savait pas que le deuxième rein faisait défaut : Winter a réuni 11 cas d'opérations faites sur le rein unique. Dans 7 cas on faisait la néphrectomie parce qu'on ne savait pas qu'il s'agissait de rein unique. La mort en anurie survint du premier au onzième jour. Les cas semblables seraient moins rares que ne semblent l'indiquer les statistiques : il serait arrivé à plus d'un chirurgien d'enlever un rein unique. Seulement, malheureusement l'amour-propre mal placé porte un opérateur à taire une telle observation, alors que cette observation peut être d'un intérêt primordial et d'une utilité incontestable pour tous.

Nous passerons au diagnostic du rein unique.

Le diagnostic du rein unique sur le vivant n'est pas en général facile à établir et ces cas sont encore peu nombreux. Nous avons vu que l'ignorance du rein unique peut amener un chirurgien à des fautes très graves.

La *palpation* peut nous éveiller l'attention lorsque d'un côté on sent la présence d'un gros rein et de l'autre côté on ne sent rien.

Bien plus importantes sont les malformations de

l'appareil génital ; par exemple, le développement incomplet (absence ou atrophie) d'un testicule, l'absence ou l'atrophie de la vésicule séminale, le développement asymétrique de deux moitiés de la prostate, tout cela peut servir au diagnostic et attirer l'attention sur la possibilité du rein unique.

Cystoscopie. — L'examen cystoscopique est d'une importance considérable pouvant nous diriger vers le diagnostic du rein unique. Il peut nous déceler la présence dans la vessie d'un unique orifice urétéral situé normalement ou bien la présence de deux orifices d'uretère dans la vessie au siège normal.

Dans les cas où on ne trouve qu'un seul orifice d'uretère dans la vessie même après plusieurs examens cystoscopiques on peut donc penser à deux choses possibles : ou qu'il n'y a qu'un seul uretère et, par conséquent, un seul rein, ou bien que l'autre uretère peut déboucher anormalement dans le col de la vessie, dans l'urèthre postérieur chez l'homme, dans le vagin chez la femme, etc. Dans ces cas il faut examiner l'urèthre postérieur chez l'homme et le vagin chez la femme et ainsi fixer le diagnostic.

Dans les cas où on trouve les deux orifices d'uretère dans la vessie à leur place normale, il peut arriver que la sonde pénètre dans l'orifice ou elle ne pénètre pas. Donc nous avons un méat, mais l'uretère est transformé en un cordon fibreux plein. On voit que le méat est tout à fait immobile et qu'il n'y a point d'écoulement d'urine.

Si on arrive à pénétrer dans l'uretère c'est de quel-

ques centimètres seulement, la sonde est arrêtée et on ne peut pas la pousser plus loin, même si elle est de plus petit calibre. Quand on la laisse en place elle ne donne point d'urine.

La *radiographie* complète le diagnostic et dans certains cas a pu donner toute certitude.

Mais il peut arriver que par la cystoscopie et d'autres moyens d'exploration on n'arrive pas à diagnostiquer le rein unique. Alors, la lombotomie exploratrice peut donner des résultats très importants, comme nous voyons dans les deux cas de notre Maître, M. le Professeur Rochet, où le diagnostic du rein unique n'était fait que par lombotomie exploratrice et de cette façon il a évité de graves erreurs qu'il aurait pu commettre sans ce diagnostic, car la néphrectomie du rein existant était nettement indiquée.

Donc il ne faut pas négliger dans les cas douteux de pratiquer une lombotomie exploratrice qui, comme nous en avons vu peut nous découvrir le diagnostic du rein unique et éviter des graves fautes au chirurgien.

Il arrive fréquemment qu'aucune attention pendant la vie ne soit dirigée vers le rein unique. Il accomplit alors la fonction des deux reins et c'est pourquoi le diagnostic de cette anomalie est extrêmement délicat à établir et beaucoup d'erreurs se produisent.

Le rein unique comme les autres malformations rénales prédispose à des maladies. Winter a réuni dans la littérature 236 cas de rein unique. Le rein était sain ou seulement augmenté de volume 171 fois. Les autres cas (38 %) étaient malades. La maladie qui, le plus

souvent, survient dans le rein unique, est la *néphrite* (32 % Winter). D'après Anders, qui a perfectionné la statistique de Winter, 43,3 % de cas mourraient de néphrite.

Après la néphrite on a trouvé la lithiase rénale, l'urémie. Les traumatismes du rein unique sont d'un pronostic très sérieux.

Nous trouvons aussi plusieurs cas d'hydronéphrose et de tuberculose du rein unique à qui on ne peut pas faire l'application du traitement habituel.

Enfin nous dirons quelques mots sur le diagnostic du rein unique en ectopie.

Nous avons vu que le rein unique peut se trouver dans la région iliaque ou dans le petit bassin.

Le diagnostic peut présenter de très graves erreurs. On peut prendre le rein unique pour une tumeur et le faire extirper, comme nous en avons le cas de Dionis du Séjour qui enleva un rein unique hydronéphrosé pour un kyste ovarique. Papin cite la néphrectomie qui était pratiquée également par Albarran, par Cathelin, par Guinard, dans une pyonéphrose calculeuse, par Houzel dans un kyste hydatique du rein, par Scheselig.

Dans ces diverses observations la mort est survenue par urémie au bout d'un temps plus ou moins long pouvant atteindre jusqu'à onze jours.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

I. — *Cas observés simplement à l'autopsie, sans importance clinique.*

D'après les observations recueillies dans ce chapitre, nous voyons que les cas de rein unique sont fréquents. Il peut arriver fréquemment qu'un des deux reins manque complètement et qu'aucune attention pendant la vie ne soit dirigée vers cette anomalie. Le rein unique accomplit alors la fonction compensatrice et on vit très bien avec un seul rein ; c'est pourquoi un grand nombre des cas sont de véritables trouvailles d'autopsie.

Outre les observations portées ici nous avons trouvé 278 cas de rein unique dans la thèse de Cadoré. Sauf quelques-uns tous sont considérés comme simple cas d'autopsie et sans aucune importance clinique.

Dans tous ces cas le rein unique présente le plus souvent une hypertrophie due à la fonction compensatrice.

Obs. 1. — HALLER, 1755

Delmas, Obs. 68, *Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, 1910, p. 785.

Homme de 25 ans. *Rein droit absent ainsi que son uretère.* A l'angle droit du trigone valvule sémilunaire précédée d'une gouttière. Pas d'orifice urétéral, ni même de cul-de-sac.

Obs. 2. — GAVARD, CABROLE, 1802

Delmas, Obs. 69, *Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, 1910, p. 787.

Cabrole, sur le cadavre d'un Professeur de l'Université de Montpellier, ne trouva qu'un rein. Son uretère était plus gros qu'à l'ordinaire.

Obs. 3. — NANNONI, 1812

Delmas, Obs. 176, *Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, 1910, p. 872.

Nouveau-né. *Absence du rein gauche.* Rein droit très gros coupé en son milieu par un sillon d'où part l'uretère qui aboutit au milieu de la base du trigone.

Obs. 4. — CHEBCEUF, 1813

Delmas, Obs. 177, *Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, 1910, p. 872.

Jeune fille de 20 ans. *Absence du rein gauche et de son uretère.* Rein droit très gros, sain, à uretère élargi. Absence des grandes et petites lèvres, du clitoris, de l'urètre. Vagin et utérus peu développés, ce dernier sans cavité. Vessie en ectopie, l'uretère droit arrive sur le milieu de la vessie.

Obs. 5. — RAYER, 1841

Delmas, Obs. 62, *Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, 1910, p. 785.

Absence du rein gauche. Petit cul-de-sac à la place de l'orifice de l'uretère gauche absent.

Obs. 6. — BUSK, 1846

Delmas, Obs. 56, *Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, 1910, p. 784.

Homme 27 ans. *Rein gauche absent*. L'uretère gauche existe, on peut le suivre assez loin à partir de la vessie. Son canal est étroit ; il se termine en cul-de-sac.

Obs. 7. — JAKSCH, 1860

Delmas, Obs. 59, *Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, 1910, p. 784.

Femme 28 ans. *Le rein droit est absent*. Son uretère est seulement de trois pouces de long et terminé en cul-de-sac.

Obs. 8. — HASSE et SPRENGEL, 1860

Delmas, Obs. 63, *Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, 1910, p. 785.

Femme de 59 ans. *Absence du rein droit*. L'uretère droit est représenté par un diverticule vésical de 1 $\frac{1}{m}$ de profondeur.

Utérus bifide.

Obs. 9. — FÆRSTER, 1861

Delmas, Obs. 174, *Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, 1910, p. 871.

Fœtus de 8 mois, mort-né. *Absence du rein gauche*. Rein droit hypertrophié dont l'uretère se jette à l'angle gauche du trigone.

Obs. 10. — ANDRAL, 1861

Delmas, Obs. 61, *Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, 1910, p. 784.

Homme de 23 ans. *Rein gauche absent*. Sur la vessie cul-de-sac à la place où aurait dû aboutir l'uretère gauche.

Obs. 11. — LABROSO, 1862

Delmas, Obs. 64, *Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, 1910, p. 785.

Homme de 24 ans. *Pas de rein gauche*. A la place de son uretère diverticule vésical terminé en cul-de-sac.

Obs. 12. — PAULICKI, 1868

Delmas, Obs. 100, *Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, 1910, p. 799.

Sujet féminin de 6 semaines. *Absence du rein et des vaisseaux gauches*. L'uretère gauche terminé en cœcum dans la paroi vésicale remonte jusqu'à la deuxième vertèbre lombaire. L'urètre droit est normal.

Obs. 13. — ZOAIGER, 1873

Delmas, Obs. 57, *Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, 1910, p. 784.

Homme de 62 ans. *Absence du rein et de ses vaisseaux à droite*. L'urètre droit existe dans sa partie aboutissant à la vessie.

Absence de la vésicule séminale droite.

Obs. 14. — WILLARD, 1879

Delmas, Obs. 178, *Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, 1910, p. 872.

Femme de 58 ans. *Absence du rein et de l'uretère gauches*. L'uretère droit aborde la vessie sur la ligne médiane.

Obs. 15. — FALK, 1881

Delmas, Obs. 11, *Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, 1910, p. 785.

Homme 34 ans. *Pas de rein droit*. Cul-de-sac à l'endroit où son uretère aurait dû s'aboucher dans la vessie.

Obs. 16. — WEICHELBAUM, 1883

Delmas, Obs. 67, *Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, 1910, p. 785.

Homme de 29 ans. *Pas de rein gauche, ni d'uretère*. Dans la vessie, à 2 $\frac{1}{m}$ au-dessus du point où l'uretère gauche aurait dû s'aboucher, petite ouverture de la grosseur d'un grain de mil avec cul-de-sac comme un pois.

Obs. 17. — BOSTRÆM, 1884,

Delmas, Obs. 213, *Annales des Maladies des Organes génito-urinaires*, 1910, p. 894.

Homme de 73 ans. *Pas de rein gauche*. L'uretère gauche existe Terminé en haut en cul-de-sac, il se jette dans la vésicule séminale gauche ; le canal déférent du même côté est imperforé à son extrémité inférieure.

Obs. 18. — CHAFFAY, 1885

Delmas, Obs. 179, *Annales des Maladies des Organes génito-urinaires*, 1910, p. 872.

Garçon, 5 ans $\frac{1}{2}$. *Absence du rein et de l'uretère droit*. Dans la vessie un seul orifice pour l'uretère gauche ouvert très près de la ligne médiane.

Obs. 19. — DUCAMP, 1886

Delmas, Obs. 202, *Annales des Maladies des Organes génito-urinaires*, 1910, p. 892.

Rein unique en ectopie pelvienne, possédant un seul uretère ouvert dans l'urètre en amont du veru.

Obs. 20. — NORTHROP, 1887

Delmas, obs. 58, *Annales des Maladies des Organes génito-urinaires*, 1910, p. 784.

Homme, 76 ans. *Pas de rein droit*. L'uretère droit rudimentaire se termine à quelques pouces au-dessus de la vessie.

Obs. 21. — ECKARDT, 1888

Delmas, Obs. 214, *Annales des Maladies des Organes génito-urinaires*, 1910, p. 894.

Homme de 32 ans. *Pas de rein gauche*. Son uretère atrophié se jette dans la vésicule séminale gauche représentée par deux diverticules en doigt de gant. Les deux vésicules se jettent dans un cordon aplati qui se termine au milieu du veru montanum.

Obs. 22. — ECKARDT, 1888

Delmas, Obs. 218, *Annales des Maladies des Organes génito-urinaires*, 1910, p. 894.

Homme de 50 ans. *Pas de rein droit*. Son uretère rudimentaire communique avec le canal déférant droit. La vésicule séminale du même côté ne présente aucune communication avec l'urètre.

Obs. 23. — BEZANÇON, 1889

Annales des maladies des Organes génito-urinaires, 1889, p. 570.

Absence du rein gauche, par M. Bezançon, interne des hôpitaux de Lyon (séance du 3 mai 1889). Sur une femme de 38 ans, morte de tuberculose pulmonaire et n'ayant jamais été réglée, M. Bezançon a constaté, outre la présence de quelques rudiments d'utérus (fibres musculaires) et un vagin en cul-de-sac de quatre centimètres de profondeur, l'absence du rein gauche, celui de droite étant normal comme volume, structure et situation. A gauche, on trouve seulement un corps aplati, réniforme, haut de six centimètres, large de quatre, mais épais de deux millimètres à peine. Ce corps est relié à la veine cave par une veine d'assez gros calibre qui semble la veine rénale. Des coupes pratiquées par M. Cornil, ont montré que ce corps était la capsule surrénale et que le rein gauche manquait complètement. Il n'existe qu'un seul uretère, celui du côté droit, et qu'une seule embouchure urétérale dans la vessie.

Obs. 24. — TVEEDY, 1894

Annales des Maladies des Organes génito-urinaires, 1895,
p. 379.

Rein unique et unilatéral.

Ce rein unique, augmenté de volume et situé à gauche, a été trouvé par hasard à l'autopsie d'une femme. Les pointes qui rendent cette trouvaille intéressante sont les suivants :

1° L'origine évidemment congénitale de cette anomalie, car il n'y avait trace ni d'artère rénale, ni de veine rénale, ni d'uretère droit. Uretère qui partait du rein gauche était unique et son calibre plus considérable.

2° La malade n'avait jamais eu aucun symptôme en rapport avec cette anomalie, et la mort était due à une cause étrangère.

3° Il n'y avait pas d'autre disposition anormale dans le reste des organes.

4° Enfin ces lésions se rencontrent plus volontiers chez les hommes que chez les femmes et du côté gauche que du côté droit.

Obs. 25. — CHRÉTIEN, 1895

Annales des Maladies des Organes génito-urinaires, 1896,
p. 174.

Absence congénitale d'un rein.

M. Chrétien présente à la Société des pièces anatomiques et la photographie d'un enfant mort à l'âge de trois mois, d'une tuberculose granulique du poumon et chez lequel on constata en outre, à l'autopsie, l'absence congénitale du rein gauche.

Le rein droit ayant des dimensions anormales pour un enfant de cet âge (six centimètres de long sur quatre de large), était situé très bas ; il était muni d'un bassinnet dilaté dont partait un uretère volumineux descendant obliquement en bas et en dedans pour croiser en avant les vaisseaux iliaques droits. Le rein droit était surmonté de sa capsule sur-rénale.

Sur le flanc gauche de la colonne vertébrale limitée en haut par le diaphragme, il y avait une loge très étendue, mais vide, dans laquelle on ne trouva rien qui ressemblât à un rein. Un examen attentif montra par contre, immédiatement appliqué contre la colonne vertébrale, un organe aplati mesurant deux centimètres de long sur un centimètre de large et trois centimètres d'épaisseur, muni d'un petit hile vasculaire, ressemblant à une capsule surrénale et ne correspondant à aucun rein. L'absence totale de canal émanant de cet organe et descendant vers la vessie, comme l'aurait fait un uretère, l'absence au voisinage de cet organe d'un autre organe qu'on aurait considéré comme capsule surrénale gauche, tout cela permet de dire qu'il s'agissait là non d'un rein atrophié, mais d'une capsule surrénale et qu'on avait bien affaire à une absence congénitale du rein gauche.

Obs. 26. — J. JOLLY, 1896

Annales des Maladies des Organes génito-urinaires, 1896,
p. 746.

Rein unique.

Le malade porteur de la double lésion du cœur droit, dont on vient de rapporter l'observation n'avait qu'un seul rein, le rein gauche. Ce rein mesurait dix-neuf centimètres de longueur, sur quatre-vingt-cinq millimètres de large, il était aussi surtout accru dans ses dimensions longitudinales. L'uretère était normal ainsi que son abouchement dans la vessie. Du côté droit du trigone, il existait un orifice urétéral perméable dans une longueur de un centimètre, puis l'uretère n'était plus représenté que par un cordon fibreux de treize centimètres auquel faisait suite un filament résistant extrêmement mince qu'on pouvait suivre encore quelque temps. Le cordon fibreux était en son milieu perméable pendant deux centimètres. Le rein unique pesait 420 grammes et avait les rapports habituels du rein gauche.

Obs. 27. — CHASSAING, 1897

Annales des Maladies des Organes génito-urinaires, 1898,
p. 423.

Rein unique.

La pièce est un rein unique découvert sur un cadavre, à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, le 10 mars 1897. J'ai hâte d'ajouter que le corps était dans un état de délabrement tel qu'il ne m'a pas été permis de faire l'observation clinique.

Ce rein était situé sur le côté gauche du sujet. Le côté droit ne présentait pas de trace de rein ni de capsule sur-rénale. La place en était occupée par quelques anses intestinales et une portion du foie qui descendait plus bas qu'à l'état normal.

On ne voit en outre qu'un seul uretère.

Pour montrer que l'on a bien affaire à un rein unique, j'ai conservé une partie de la veine cave et de l'aorte qui présente à ce niveau et en allant de haut en bas les racines du tronc cœliaque et de la mésentérique et une seule artère rénale.

Obs. 28. — A. GRENET, 1897

Annales des Maladies des Organes génito-urinaires, 1898,
p. 830.

Deux observations de rein unique avec absence de l'uretère correspondant au rein manquant.

Obs. 1. — *Absence du rein.* — Sténose de l'uretère à son extrémité inférieure. Dilatation de l'uretère et du bassin. H... Gaston, entre à l'infirmerie des Enfants Assistés dans le service du professeur Hutinel, le 29 mars 1897. Il est âgé d'un an. Cet enfant ayant succombé à une tuberculose pulmonaire, nous avons trouvé à l'autopsie, outre les lésions tuberculeuses qui ont amené la mort, une hydronéphrose du rein droit.

Le parenchyme rénale est atrophié et l'uretère est extrê-

mement dilaté à partir de son extrémité inférieure. A un centimètre au-dessus du point où l'uretère s'abouche dans la vessie, il existe un rétrécissement très marqué de ce conduit, rétrécissement qui explique l'hydronéphrose. Le rein et l'uretère gauche sont absents, il est impossible de trouver sur la vessie l'orifice utérin gauche. Il n'existe, du même côté, ni artère ni veine rénale. Les deux capsules surrénales, ainsi que le rein atteint d'hydronéphrose avaient conservé leurs rapports normaux.

Il n'existait aucune anomalie de l'appareil génital.

Obs. 2. — *Absence congénitale du rein et de l'uretère correspondant.*

Nous avons eu l'occasion d'observer l'année dernière, dans le service de notre maître le Docteur Gilbert, un autre exemple d'une malformation analogue.

Le nommé N..., entre à l'hôpital Broussais, le 20 octobre 1896. Il est atteint de tuberculose pulmonaire. Le 16 décembre, étant sortie de l'hôpital pendant une journée, il contracte un érysipèle de la face auquel il succombe le 24. Les urines, qui avaient toujours contenu des traces d'albumine devinrent très franchement albumineuses pendant l'infection érysipélateuse.

A l'autopsie, nous avons constaté l'absence du rein et de l'uretère gauche. Il est impossible de trouver du côté de la vessie l'orifice de l'uretère. Le rein unique était situé à droite de la colonne vertébrale. Ses rapports étaient normaux. Il n'existait ni artère, ni veine rénale du côté gauche. Les deux capsules surrénales occupaient leur situation normale. Pas d'anomalie du côté de l'appareil génital. L'uretère et le bassinnet existant étaient normaux et non dilatés. Le rein unique, que j'ai l'honneur de présenter à la Société, est très hypertrophié. Il pèse 475 grammes. Il existe des lésions de néphrite épithéliale, mais l'hypertrophie compensatrice joue le rôle principal dans cette augmentation de poids.

Réflexions. — L'absence du rein et de l'uretère coïncidant avec la situation normale du rein unique n'est pas un fait très fréquent. Noël n'a trouvé consignés dans les bulletins de la Société, de 1880 à 1892, que cinq cas d'absence congénitale du rein avec un seul orifice utérin, dont trois chez les adultes (1). Outre l'observation personnelle de cet auteur nous avons de plus trouvé une observation de M. Bourneville publiée l'année dernière (2), dans ce dernier cas l'existence de deux testicules est notée, mais ils étaient ectopsiés.

Obs. 29. — BAUER, 1901

Annales des Maladies des Organes génito-urinaires, 1902,
p. 1.120.

Absence congénitale du rein de l'uretère et de la vésicule séminale gauche.

Grâce à la bienveillance de M. Calmette, médecin principal de l'hôpital militaire de Versailles, je puis vous présenter les pièces que j'ai recueillies en faisant l'autopsie d'un soldat de 22 ans, mort de tuberculose péricardique et génito-urinaire, sans localisation pleuro-pulmonaire.

En dehors de ces lésions, le malade présentait une anomalie peu fréquente de l'appareil génito-urinaire : l'absence congénitale du rein et de l'uretère gauches coïncidant avec la situation normale du rein unique.

Le rein unique droit, occupant sa place habituelle, est de forme normale, un peu volumineux et pèse 190 grammes.

(1) Noël. Société anat. 1892.

(2) Bourneville, obs. 3. Bul. Soc. anat.

L'uretère droit, à peine dilaté, suit son trajet classique pour s'aboucher dans la vessie. L'ouverture de cet organe nous montre un seul orifice urétéral latéral droit ; il n'y a pas trace d'orifice correspondant à l'uretère gauche, pas trace de cordon représentant cet uretère.

Les capsules surrénales sont normales.

Les observations d'absence congénitale d'un rein et d'un uretère coïncidant avec la situation normale du rein unique sont relativement rares.

Obs. 30. — Mlle CAMPANA et M. CALMETTE, 1904

Annales des Maladies des Organes génito-urinaires, 1905, p. 1905.

Absence congénitale du rein droit.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société d'anatomie et de Physiologie une pièce bien incomplète, mais qui nous permet de vous rapporter une trouvaille d'autopsie qui, si elle n'est pas très rare, nous paraît du moins intéressante comme fait à ajouter aux autres : c'est l'absence congénitale du rein droit chez un enfant.

Cette enfant, âgée de deux mois, était dans le service de M. le Professeur agrégé Auché, où on la traitait pour hérédosyphilis, affection à laquelle elle succomba, il y a une dizaine de jours. En procédant à l'autopsie, M. Calmette, externe de service, fut amené à chercher les reins. Il trouva le gauche parfaitement à sa place, dans sa loge, peut-être un peu gros. Cherchant alors à découvrir le rein droit, il rencontra à sa place une masse bulbeuse, molle, de coloration jaune pâle, telle une grosse capsule surrénale, qu'il extirpa. Sa forme, au lieu d'être celle d'un bonnet phrygien, était très allongée dans le sens vertical et aplatie.

Si nous avions pu conservée intacte tout l'appareil urinaire, vous auriez pu voir ici ce que cette pièce avait de curieux. Vous auriez, en effet, pu constater :

1° L'absence totale du rein droit ;

2° L'absence d'uretère à droite ; tandis qu'il était normal à gauche ;

3° Enfin, l'absence de vaisseaux rénaux droits. Il n'y a, en effet, ni veine, ni artère, comme vous pouvez le constater sur l'aorte.

M. le Professeur agrégé Auché a fait l'examen histologique de l'organe trouvé aux lieu et place du rein droit : c'est bien une capsule surrénale.

Obs. 31. — HORAND, 1905

Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1906, p. 1.503.

Absence congénitale du rein droit, uretère droit desservant le rein gauche.

Il s'agit d'un enfant de 3 mois $\frac{1}{2}$, né avant terme (à 7 mois $\frac{1}{2}$) et mort d'athrepsie. On n'a pas trouvé sur ce sujet d'autres malformations congénitales que celle qui nous intéresse. L'on voit à l'autopsie :

1° L'absence congénitale du rein droit ;

2° La présence d'un uretère droit perméable, dilaté ; s'abouchant à droite dans la vessie qui, franchissant la ligne médiane va s'ouvrir dans le rein gauche ;

3° Capsule surrénale droite très atrophiée ;

4° Pas de vaisseaux rénaux à droite ;

5° Rein gauche lobulé, hypertrophié, rapports normaux, vaisseaux normaux ;

6° On trouve une ébauche de l'uretère gauche qui a avorté et se termine en filament à son extrémité supérieure, mais sans aucun processus fibreux le reliant au rein gauche,

7° Capsule surrénale gauche très grosse.

Obs. 32. — P. HALLOPEAU, 1906

Annales des Maladies des Organes génito-urinaires, 1907,
p. 303.

Rein unique.

La pièce que nous avons l'honneur de présenter à la Société comprend l'appareil urinaire d'un sujet de la Faculté.

Il s'agissait d'un homme d'aspect extérieur normal, âgé de 50 ans environ : cet homme ne possédait qu'un seul rein, situé du côté gauche à sa place habituelle.

Sur la pièce enlevée, et qui comprend la vessie, les uretères et le rein, on peut noter les faits suivants :

La vessie ouverte se présente avec des dimensions normales ; en arrière du col se voient latéralement deux orifices urétéraux : celui du côté gauche est aisément cathétérisable et l'on peut ainsi remonter à travers un uretère de dimensions normales, jusqu'à un rein qui n'est que peu augmenté de volume, mais qui est toutefois un peu plus large.

Du côté droit l'orifice urétéral de la vessie est plus difficilement perméable, seule une sonde très fine peut s'y engager et avec précaution peut remonter pendant 5 à 6 centimètres pour s'arrêter complètement. L'uretère de ce côté ne présente d'ailleurs qu'une longueur totale de 13 centimètres et se termine alors par une extrémité arrondie, en continuité toutefois avec de fins tractus remontant et se perdant sous le péritoine. Dans la région rénale, il n'y a pas trace de l'organe. La capsule surrénale est au contraire en place et d'apparence normale.

Obs. 33. — ANDREW, 1907

Ristitch, *Thèse de Lyon*, 1923, obs. 102.

Autopsie : Hydronéphrose du rein droit unique.

Obs. 34. — Marc LECONTE, 1908

Annales des Maladies des Organes génito-urinaires, 1909
p. 601.

Rein unique.

R... H., âgé de 70 ans, entre le 17 août 1907, salle Rabelais, dans le service de M. le Docteur Gaillard, alors remplacé par M. le Docteur Kahn.

Depuis la veille, le malade souffre d'une céphalée continue, diffuse et assez intense.

Bourdonnement d'oreilles. Pas de vertige.

Crampes dans les jambes.

Pas de vomissements, constipation. Pas d'épistaxis.

Outre cette céphalalgie, le malade accuse des troubles visuelles très marqués ; depuis la veille, la vue a brusquement baissé, le malade a « un brouillard devant les yeux » et ne voit presque plus. Le teint frêle, blafard, le visage un peu bouffi. Pupilles égales, réagissant bien, un peu rétrécies. L'amoureuse est bilatérale.

Pas d'œdème aux jambes.

Rien aux poumons ni au cœur ; pas de bruit de galop. Tension artérielle, 19. Foie et rate normaux.

Urine trace d'albumine. (Antécédents du malade absolument négatifs.)

Traitement : Saignée, 300 grammes ; lavement purgatif.

Le malade meurt dans la nuit.

Autopsie. — Rien dans les centres nerveux, rien dans les divers organes thoraco-abdominaux.

Mais le rein droit existe seul ; il occupe sa place normale et présente sa forme ordinaire, mais est considérablement augmenté de volume (le double environ).

De l'aorte se détache une artère rénale droite normale ; deux veines. Enfin, on voit un uretère de calibre normal descendre vers la vessie.

Au contraire, pas de rein gauche, pas de veines rénales,

et à la place correspondante, l'aorte donne la mésentérique supérieure ; pas d'uretère. L'examen de la cavité vésicale ne montre que deux orifices : celui de l'uretère droit et celui de l'urèthre.

Poids du rein droit : 240 grammes, longueur, 13 cent. $\frac{1}{2}$; largeur, 6 cent. $\frac{1}{2}$; épaisseur, 5 centimètres.

La capsule surrénale droite est normale.

Examen histologique du rein : Lésions de sclérose interstitielle ; nombreux tubes obturés. Les cas analogues au nôtre, c'est-à-dire de rein unique, occupent sa situation normale, et dû à l'absence congénitale de l'un de ces deux organes (comme le prouve l'unique orifice urétéral constaté dans ce cas au niveau de la vessie) sont beaucoup plus rares.

Obs. 35. — ANDERS, 1910

Annales des Maladies des Organes génito-urinaires, 1910, p. 1.122.

Rein unique congénitale.

Il s'agit d'une homme de 64 ans, bien portant toute sa vie. Sauf quelques attaques de rhumatisme pendant ces neuf dernières années. Depuis un an, symptômes de brightisme, à l'hôpital, on porte le diagnostic de cardiaque. A l'admission, urines rares, qui augmentent par l'administration de nitroglycérine de convallaria et de digitale. A l'examen de ces urines, leucocytes en assez grand nombre. Rétinite albuminurique. Mort de broncho-pneumonie.

A l'autopsie, broncho-pneumonie.

Le rein gauche, l'artère rénale gauche et la veine du même côté manquent, de même que l'uretère et la capsule surrénale.

La surrénale droite et hypertrophiée.

Le rein droit hypertrophié pèse 240 grammes. Il présente de la néphrite interstitielle.

L'uretère un peu dilaté s'ouvre normalement dans la vessie.

Pas d'orifice urétéral à gauche. Organes génitaux normaux.

En dehors de sa propre observation, l'auteur en rapporte soixante-cinq autres, insistant sur l'importance que cette malformation présente, tant pour le chirurgien que pour le médecin, puisque, dans 42,3 % des observations qu'il rapporte les malades sont morts avec des lésions avancées de néphrite.

Obs. 36. — J.-D. ROLLESTON, 1913

Journal d'Urologie, 1913, p. 105.

Anomalie congénitale du rein et de l'uretère

A l'autopsie d'un enfant de douze ans, mort de paralysie diphtérique, on ne trouva pas de rein droit ; il n'y avait de ce côté ni vaisseaux rénaux, ni glande surrénale. L'uretère droit existait cependant et allait de la vessie au milieu de la région lombaire, où il se terminait en cul-de-sac. Le rein droit, en position normale était très augmenté de volume, présentant les dimensions du rein d'un adulte ; il y avait un dédoublement partiel de l'uretère droit dans sa partie supérieure. A l'ouverture de la vessie, les orifices urétéraux apparaissent symétriques ; la perméabilité de l'uretère droit est conservée, on y introduit un fil de platine depuis l'orifice vésical jusqu'à son extrémité en cul-de-sac.

Il n'y avait pas d'autre anomalie congénitale.

Obs. 37. — LEGRAND, 1913.

(*Journal d'Urologie*, 1914, p. 289.)

Anomalies des reins et des uretères

Les deux cas réunis par l'auteur proviennent de deux autopsies faites en 1913.

1° *Absence congénitale du rein droit et de l'uretère droit.*

Petit garçon de 10 ans, soigné pour maladie de Littlé. Après opération, mort de méningite cérébro-spinale purulente.

Le rein droit est complètement absent, ainsi que l'uretère. La capsule surrénale droite est normale ; il n'existe pas

de veines ni d'artère rénales de ce côté. Dans la vessie, on ne constate pas de méat urétéral.

2° *Absence congénitale du rein droit et de la plus grande partie de l'uretère.*

Homme de 49 ans, opéré de gastrectomie pour néoplasme et emporté par une broncho-pneumonie double. Le rein droit est complètement absent, ainsi que la plus grande partie de l'uretère. Il existe à la vessie un méat urétéral droit normal permettant le cathétérisme jusqu'à une profondeur de trois centimètres. Le rein et l'uretère gauche sont normaux.

Obs. 38. — LEBEUF et BONAJÉ, 1921.

MM. Lebeuf et Bonajé, à l'hospice du Perron, 1921 : Autopsie d'un malade mort de ramollissement cérébral.

Rein unique.

De l'autre côté, on ne trouve pas trace de rein, mais présence d'une capsule surrénale.

Uretère n'a pas été vu.

Obs. 39. — CHARLEUX, 1922.

Malade, salle Sainte-Marie. Juillet 1923, décédé de tuberculose pulmonaire. A l'autopsie, *rein unique*, pesant 250 grammes, sans lésions apparentes. De l'autre côté, on ne trouve pas de trace de rein. Uretère pas vu.

II. — *Cas observés en clinique.*

a) CEUX QUI ONT ÉTÉ DIAGNOSTIQUÉS AVANT L'INTERVENTION

Aujourd'hui le rein unique ne doit plus être considéré comme une anomalie rare, mais au contraire tous les chirurgiens des voies urinaires songent que cette anomalie est assez fréquente.

D'après Morris on rencontre le rein unique dans la proportion de 1 sur 2.400 cas. Guitéras trouve sur 16.000 autopsies 4 cas de rein unique. En réunissant les statistiques des trois grands hôpitaux de Londres, Guy's Hospital, Bartholomew Hospital et Middlesex Hospital, sur 14.978 autopsies, on trouve 3 cas de rein unique, soit environ 1 pour 4.000 (Papin).

Donc nous voyons que c'est là une anomalie assez fréquente et il serait d'usage d'être très prudent au point de vue des opérations et ne pas la faire pratiquer sur un rein sans s'être bien assuré d'abord que le rein du côté opposé existe et que sa fonction est normale.

Le diagnostic de rein unique est devenu depuis ces dernières années plus facile, grâce aux multiples moyens d'exploration qu'on emploie en chirurgie urinaire : si par le palper on ne sent qu'un seul rein hypertrophié, puis en pratiquant l'examen cystoscopique on ne trouve qu'un seul orifice urétéral ou deux orifices et en faisant le cathétérisme l'un donne de l'urine et l'autre ne donne rien, ensuite la radiogra-

phie ; la première pensée qui vient aisément à l'esprit c'est le rein unique.

Ces observations que nous avons pu recueillir nous montrent bien que le diagnostic d'un rein unique avant l'intervention est actuellement de plus en plus fréquent, ce qui est d'une importance considérable en chirurgie urinaire actuelle.

Obs. 40. — BAZY, 1897.

(Ristitch, *Thèse de Lyon*, 1923, Obst 97.)

Homme 48 ans.

Hydronéphrose dans un *rein unique*.

Obs. 41. — KUSTER, 1889.

(Ristitch, *Thèse de Lyon*, 1923, Obs. 98.)

Garçon, 13 ans. Néphrostomisé le 28 juin 1889, pour hydro-néphrose gauche d'un *rein unique*. *

Obs. 42. — MOYNIHAN, 1904.

(Ristitch, *Thèse de Lyon*, 1923, p. 44.)

Femme, 21 ans En septembre, accouchement. Bientôt après, douleurs et tuméfaction dans le côté gauche. Hydro-néphrose dans un *rein unique*.

Obs. 43. — BERNASCONI, 1908.

(*Annales des Maladies des organes génito-urinaires*,
1908, p. 125)

Rein unique diagnostiqué au moyen de la division eudo-vésicale des urines.

Nous avons pu, par la division, alors que nous étions dépourvu momentanément de cystoscope urétérale, diagnostiquer, chez une jeune malade, l'absence congénitale du rein

gauche. Ce résultat, obtenu au moyen de la séparation, mérite d'être signalé ; c'est ce qui nous a engagé à publier cette observation.

Voici l'histoire de cette malade :

La nommée March... Emilie, âgée de 22 ans, entre à l'hôpital, salle Andral, au mois d'octobre 1905, pour des hématuries totales.

Dans les antécédents de cette malade, on relève plusieurs séjours à l'hôpital.

Un premier, en 1902, dans un service de chirurgie, où elle fut soignée pour une métrite et opérée d'un cloisement vaginal.

Une deuxième entrée dans un service de médecine, pour fièvres paludéennes contractées en 1904.

Au mois de février 1905, alors que dans la journée elle avait eu un accès de paludisme, la malade eut, pour la première fois, une hématurie totale, qui nécessita une troisième entrée à l'hôpital, dans le service de la clinique médicale. Comme signe physique, on trouva un rein droit augmenté de volume, légèrement douloureux à la pression. Cette hématurie dura quinze jours, au bout desquels les urines redevinrent spontanément claires et la malade quitta le service.

Une vingtaine de jours après sa sortie, c'est-à-dire en mars, encore après un violent accès de fièvre, reprise de l'hématurie, avec les mêmes caractères de spontanéité.

Cette hématurie persistait encore quand la malade revint de nouveau à la clinique le 3 octobre ; c'est à ce moment que nous eûmes l'occasion de la voir.

6 octobre. — L'hématurie que présente cette malade est une hématurie totale très abondante, nullement influencée par le mouvement ni par le repos, hématurie persistant depuis le 9 mars, avec des rémissions de courte durée et ayant fortement anémié la malade.

A l'examen histologique des urines, on trouve une grande quantité d'hématies, des leucocytes et quelques cylindres granulo-graisseux.

A la palpation, on sent, à la place du rein droit, une tumeur réniforme volumineuse, dont le pôle inférieur descend jusqu'à la fosse iliaque, et dont le pôle supérieur

se perd sous les fausses côtes. En dedans, le bord interne atteint le voisinage de la ligne médiane. Enfin, par la double palpation lombo-abdominale, on constate que cette tumeur donne le contact lombaire. Facilement mobilisable dans le sens transversal, elle se laisse déplacer de haut en bas, pendant les mouvements respiratoires. Elle ne paraît pas adhérente et donne nettement la sensation du ballonnement rénale. La pression bimanuelle est légèrement douloureuse.

La palpation du rein gauche est négative. Depuis le début, des hématuries, la malade a eu plusieurs crises de coliques néphrétiques du côté droit, coliques déterminées par la migration des caillots dans l'uretère.

Nous pensons à une tumeur rénale droite et nous complétons notre examen par une cystoscopie.

La vessie n'étant pas sensible et d'une bonne capacité, nous faisons une première cystoscopie qui nous permet de voir un orifice urétéral droit œdématié et rougeâtre, par lequel s'échappe du sang par éjaculation.

Une deuxième cystoscopie nous permet de voir le méat urétéral gauche normal. Nous fixons cet orifice pendant plusieurs minutes et nous sommes surpris de ne pas le voir s'entr'ouvrir, pour laisser échapper de l'urine.

Pour déterminer la valeur fonctionnelle du rein gauche, nous faisons alors une division avec l'appareil de Cathelin, après avoir vérifié le bon fonctionnement des deux sondes latérales.

Nous obtenons, du côté droit, de l'urine sanguinolante. Du côté gauche, il ne s'écoule aucune goutte d'urine.

L'appareil, très bien supporté par la malade, est retiré au bout de trois quarts d'heure.

Une sonde introduite immédiatement après dans la vessie montre qu'il n'y a aucun résidu, ce qui prouve que le drainage des urines s'est fait d'une façon parfaite et que l'étanchéité de la membrane a été absolue.

Ce résultat obtenu par la séparation, joint aux renseignements fournis par la deuxième cystoscopie, nous fait alors douter de l'existence du rein gauche.

Pour nous convaincre, nous faisons une deuxième division,

puis une troisième, en utilisant, pour cette dernière, l'appareil de Luys. Les deux appareils nous donnent les mêmes renseignements : urine à droite, rien à gauche.

Le diagnostic d'absence du rein gauche se précisait d'avantage.

Enfin, pour avoir une donnée de plus, nous faisons doser l'urée, les chlorures et les phosphates, dans les urines obtenues par division et dans les urines totales. Les résultats, à quelques centigrammes près, sont les mêmes.

Le diagnostic de rein unique s'imposait donc, et nous conseillons de ne pas intervenir sur le rein droit, de ne pas faire la néphrectomie qui avait été décidée, pensant qu'il s'agissait d'une tumeur rénale.

Cependant, avant de se résoudre à abandonner la malade, que les hématuries prolongées et répétées anémiaient de plus en plus, M. le Professeur Vincent voulut se convaincre de l'absence du rein gauche.

6 novembre. — *Une incision lombaire exploratrice permet de constater que la fosse rénale gauche est inhabitée.*

Quelques jours après cette intervention, les urines redevennent spontanément claires et la malade quitta le service lorsque la plaie opératoire fut complètement cicatrisée.

Le hasard voulut que cette malade vint un an après à la maternité, au huitième mois d'une grossesse, mourir d'éclampsie.

Nous fîmes l'autopsie, dont voici le résultat :

Les organes urinaires enlevés, on constate qu'ils se réduisent à la vessie, à un rein et à un uretère droit.

La vessie ouverte ne présente rien de particulier. En arrière du col et latéralement au sommet des mamelons urétéraux, on voit les deux méats urétéraux, celui de droite se présentant sous la forme d'une fente assez grande, se laisse facilement cathétériser et l'on peut remonter ainsi, à travers un uretère de dimensions normales, jusqu'à un rein de forme normale, mais de dimensions exagérées. Il mesure, en effet, 20 centimètres de longueur, 12 centimètres de largeur, au niveau du hile et 6 centimètres d'épaisseur.

Du côté gauche, l'orifice urétéral se présente également sous la forme d'une fente ; une sonde urétérale engagée dans cet orifice aboutit, après un trajet de trois centimètres, au fond d'un cul-de-sac.

Dans la région rénale, il n'y a pas trace de rein.

La capsule surrénale existe de chaque côté.

Un utérus bicorne.

L'examen histologique de ce rein présente des lésions de néphrite mixte, à prédominance épithéliale.

Les dimensions de ce rein nous avaient fait faire le diagnostic de tumeur rénale ; il ne s'agissait, en réalité, que d'un rein unique en hypertrophie compensatrice, atteint de néphrite hématurique probablement d'origine paludéenne.

Cette erreur de diagnostic fut cause que cette malade ne put bénéficier des bienfaits d'une décapsulation.

Obs. 44. — E. PAPIN, 1908.

(*Ann. des Mal. des Org. génito-urinaires*, 1908, p. 1601.)

L'an dernier, nous avons opéré une femme qui présentait cette variété de rein unique. Il s'agissait d'une femme de 45 ans, avec urines troubles, hématurie légère et phénomènes cystite.

Au cystoscope, on ne trouve pas d'orifice urétéral du côté droit, bien que la recherche eût été faite à plusieurs reprises ; à gauche, l'orifice urétéral était normal.

On introduisit une sonde dans l'urètre gauche, tout en laissant une sonde de contrôle dans la vessie : Rien ne vint par la sonde vésicale. Il s'agissait donc bien d'un rein unique, avec un seul urètre. Le rein était gros, descendu ; la malade présentait, de temps à autre, des crises de rétention rénale et, en réalité, son bassinnet contenait 80 centimètres cubes d'urine trouble.

Nous trouvons, à l'opération, un rein énorme, ayant 18

centimètres de long et mobile. Ce rein n'avait qu'un seul hile et un seul uretère.

Les cas de cette sorte ne sont pas très rares.

La néphrite du rein unilatéral n'est pas très rare. Israël a pratiqué la décapsulation dans un de ces cas.

Un exemple de calcul rénal dans un rein unique très long et lobulé est celui d'une malade que j'ai opérée ici même avec succès, il y a quelques semaines.

J'ai encore observé deux cas de tuberculose rénale chez des malades n'ayant qu'un rein unique.

Vous voyez, Messieurs, que la seule expérience d'un chirurgien permet d'observer des cas multiples de rein unique dans diverses variétés. Si je résume ma pratique personnelle, je trouve trois reins unilatéraux mobiles, dont un en ectopie croisée, un rein calculeux, deux reins tuberculeux.

Note. — L'opération pratiquée immédiatement après la leçon montre l'exactitude du diagnostic.

Obs. 45. — ANDRÉ, 1910

(*Annales des Maladies des Organes génito-urinaires*,
1911, p. 133.)

Anurie calculeuse dans un rein unique traitée et guérie par le cathétérisme urétéral. — Par M. le docteur André, chargé du cours des voies urinaires à la Faculté de Nancy.

Observation. — Camille P..., 42 ans, épicier, se présente le 22 septembre 1910 à la consultation de notre service hospitalier, parce que, depuis 48 heures, il n'a pas uriné du tout.

Je pratique, séance tenante, à la table de consultation, le cathétérisme de l'uretère gauche. La sonde n° 7 pénètre facilement jusque dans le bassin, sans rencontrer d'obstacle et il en coule aussitôt de l'urine, en jet.

Après 48 heures, on retire la sonde urétérale et le malade urine dès lors facilement et abondamment.

Mais, désirant me rendre compte de ce qu'était devenu le rein droit, je pratique, le 29 septembre, un nouvel examen cystoscopique. Or, tandis que l'orifice urétéral gauche est facilement vu et paraît normal, j'ai beau explorer la région symétrique, c'est-à-dire celle où devrait se trouver l'orifice urétéral droit, je n'y trouve rien qui ressemble à un orifice d'uretère, et comme la vessie est normale, cette recherche est facile. Je complète, du reste, cette recherche en présentant une fine sonde urétérale à bout olivaire dans toutes les dépressions de la région urétérale droite, où pourrait se trouver cet orifice.

C'est en vain. Il n'existe pas d'orifice urétéral droit et par suite, très probablement, pas de rein droit.

Obs. 46. — HEITS-BOYER et ELIOT, 1910

(*Annales des Maladies des Organes génito-urinaires*,
1911, p. 741.)

Anurie calculeuse dans un rein unique

La pièce que nous apportons provient d'un malade du service de notre maître, le Professeur Albarran. Agé de 27 ans, il est entré à Necker, le 25 décembre 1909, parce qu'il n'avait pas uriné depuis six jours ; ce renseignement nous est fourni par sa mère qui l'accompagnait, car lui-même se trouve dans un état d'obnubilation profonde, avec symptômes d'urémie marquée : vomissements, crampes dans les mollets, céphalalgie, son facies bouffi, l'œdème des membres inférieurs.

Nous décidons de tenter sur le champ un cathétérisme urétéral double, dont on sait l'effet souvent merveilleux dans ces cas. La vessie est saine, de capacité normale. On trouve facilement l'orifice urétéral gauche, un peu œdématié. On ne trouve pas trace d'orifice urétéral à droite, quoique la vessie soit tout à fait normale à l'endroit où il devrait être. L'orifice urétéral gauche se laisse facilement cathétériser.

avec une sonde n° 16, qui remonte jusqu'à 25 centimètres, 28 centimètres même. Il s'écoule une urine claire.

Le diagnostic porté à ce moment est celui d'anurie dans un rein hydronéphrotique probablement unique.

Le malade mourut de l'insuffisance rénale.

L'autopsie complète du malade n'a pas pu être faite à cause d'une opposition, mais on a pu, par l'incision lombaire gauche, extirper le rein gauche, l'uretère correspondant, l'aorte abdominale et la veine cave, et s'assurer autant que possible qu'il n'y avait pas de rein droit. L'aorte et la veine cave ne portent pas, du côté droit, trace de vaisseaux rénaux.

Le rein gauche, présumé unique, est en situation et en orientation normale, et d'aspect normal également. En revanche, ses dimensions sont le double de celle d'un rein habituel : 22 centimètres de longueur sur 11 de largeur et 5 à 6 d'épaisseur.

Obs. 47. — GARDINI, 1911.

(*Journal d'Urologie*, 1912, p. 105.)

Absence unilatérale du rein

Femme de 44 ans, atteinte de troubles urinaires (mictions fréquentes et douloureuses, urine trouble et quelquefois hématurique) ne diminuant pas sous l'influence d'un traitement sésical.

Le rein droit était douloureux et d'un volume supérieur au normal ; rein gauche non perçu.

Examen cystoscopique : quelques ulcérations au niveau du bas-fond ; orifice urétéral droit visible ; orifice urétéral gauche invisible.

Cathétérisme urétéral droit qui ramena de l'urine purulente ; il fut impossible de trouver l'orifice gauche, même après une injection sous-cutanée de carmin d'indigo ; on vit, à droite, des éjaculations colorées qui ne se produisaient pas à gauche.

Radiographie urinaire : l'ombre du rein du côté gauche était absente, alors qu'à droite l'organe se dessinait hypertrophié.

L'urine totale et l'urine droite contenaient des bacilles de Koch.

Il s'agissait donc d'une tuberculose rénale droite. Mais l'auteur ne se crut pas autorisé à opérer, car rien ne démontrait que le rein adéphe fonctionnait, en l'absence de cathétérisme urétéral gauche. D'ailleurs l'état général de la malade était mauvais et elle mourut d'urémie, quelques mois après.

Autopsie : Rein droit volumineux et cavernes disséminées dans les substances corticale et médullaire. Il fut impossible de découvrir le rein gauche.

L'auteur insiste à la suite sur la nécessité de la cystoscopie, du cathétérisme urétéral et de la radiographie avant une opération sur le rein ; si, pour la malade en question, on se fût contenté du seul examen clinique, la néphrectomie droite eût été suivie d'une mort fatale.

Obs. 48. — H. SCHLOFER, 1920.

(Ristitch, *Thèse* de Lyon, 1923, Obs. 105)

Femme de 30 ans. Hydronéphrose droite, dans un *rein unique*.

Obs. 49. — OCCONOMAS (d'Athènes), 1920.

(*Journal d'Urologie*, 1920, p. 413.)

Rein unique et hydronéphrose

Nous avons eu l'occasion d'étudier, à notre service urologique de la Polyclinique, un cas exceptionnel d'hydronéphrose développé dans un rein unique. Et, comme l'histoire clinique du malade et l'examen de la pièce nous fournissent des déductions pratiques intéressantes, il nous a paru utile de communiquer ce fait.

S. A., âgé de 22 ans, entre, le 23 mars 1916, à la Polyclinique d'Athènes, pour douleurs et tumeur de la région lombaire gauche

Les premières douleurs ont duré pendant 20 jours, puis tout disparut et le malade put immédiatement reprendre ses occupations.

En novembre 1916, sans aucune raison, le malade fut pris à nouveau de douleurs légères de la région lombaire gauche. En décembre 1916, nouvelle crise de douleurs lombaires gauche. En mars 1917, quatrième crise de douleurs, accompagnées de vomissement et de tuméfaction, qui ont obligé le malade à entrer à notre service urologique de la Polyclinique.

A l'examen du malade, nous trouvons tout d'abord un aspect général maigre, pâle et très anémique. Dans le flanc gauche, nous constatons l'existence d'une tumeur très douloureuse. La séparation des urines montre à plusieurs reprises que le côté droit ne donne que quelques gouttes seulement d'urine, alors que le côté gauche donne assez d'urine. Malheureusement, nous n'avons pu faire la cystoscopie et le cathétérisme de l'uretère, parce que notre cystoscope manquait de lampes et il nous a été impossible de nous en procurer, à cause du blocus.

En présence de cet ensemble symptomatique, nous pensons à trois diagnostics probables : kyste hydatique, ou hydronéphrose du rein gauche, ou bien kyste hydatique de la rate, avec absence probable du rein droit.

25 mars 1916, *intervention*. — Anesthésie au chloroforme. Laparotomie latérale sur le bord externe du grand droit de l'abdomen. Enfin, on ouvre la tumeur. De cette ouverture, il sort un liquide jaune, sanguinolent; après l'exploration, on constate que la tumeur est formée par le bassinet fortement distendu. La grande probabilité d'un rein unique nous force de faire une simple pyelostomie, avec drainage de la poche.

Période post-opératoire. — Dans l'après-midi, le malade n'urine pas une goutte par l'urètre et le cathétérisme de la vessie montra qu'il n'y avait pas d'urine dans la vessie; cependant, il en sort une petite quantité par la plaie. Le

lendemain (26 mars), l'anurie persiste. Le malade meurt ainsi d'urémie, dans la nuit du 27 mars, c'est-à-dire soixante heures environ après l'opération.

Autopsie. — Le rein gauche est lobulé et très hypertrophié. L'abouchement de l'uretère gauche est normal. Vessie normale. L'orifice gauche est normal, à la place de l'orifice urétéral droit, il existe une marque à peine visible.

L'uretère droit existe donc très net sur une longueur de 4 centimètres et demi environ ; mais il n'est perméable qu'à son tiers inférieur, tout le reste constituant un cordon fibreux, qui se perd dans le tissu cellulaire. Le rein droit est absent, ainsi que ses vaisseaux.

Les capsules surrénales sont normales des deux côtés.

En résumé, il s'agit d'un rein unique hydronéphrotique soupçonné sur le vivant par la séparation des urines et vérifié par l'autopsie.

Cette observation nous a paru intéressante pour plusieurs raisons : 1° D'abord par sa rareté ; en effet, s'il n'est pas fréquent d'observer un rein unique, il l'est encore bien moins de voir le rein unique associé à l'hydronéphrose. Papin, dans l'*Encyclopédie française d'Urologie* ne relate que cinq observations de rein unique hydronéphrosique faites sur le vivant ; ce sont celles de Dionis du Séjour, de Schloffer, de Bazy, de Tixier et de Fiévez. Nous en avons trouvé une autre, due à Gaultey. Dionis du Séjour enleva (en 1906) une énorme tumeur diagnostiquée kyste de l'ovaire, et qui fut reconnue, après l'ablation, comme une grosse hydronéphrose du rein gauche. Au cours de l'opération, il constata la présence d'un utérus unicorne gauche et l'absence du rein droit. Le malade mourut naturellement d'urémie, mais l'autopsie ne put être pratiquée. Dans le cas Schloffer (1906), il s'agissait d'une hydronéphrose énorme et on pratiqua la section de l'éperon et suture des lèvres de la plaie pyélique à celle de la plaie urétérale. Mais alors, toute l'urine s'évacua par la fistule cutanée ; l'auteur en conclut qu'il s'agissait d'un rein unique et pour dresser sûrement la partie, il l'anastomosa au sommet de la vessie. La malade de Tixier (1910) était en anurie

totale et dans le coma. Elle présentait une énorme tumeur du flanc gauche, qui fut incisée et laissa s'écouler des flots d'urines mêlés de sang. Après la néphrotomie, il ne s'écoula d'urine que par la plaie. La radiographie ne montra pas d'ombre rénale à droite. Il y avait bien un orifice urétéral droit, mais la sonde introduite était bientôt arrêtée. Il s'agissait donc, très vraisemblablement, d'une hydronéphrose par rein unique. Dans le cas de Gauley (1872), il s'agit d'une tumeur fluctuante hypogastrique, prise pour vessie dilatée et ponctionnée sans résultat par le rectum ; quelques jours après, on trouva, à l'autopsie, une péritonite généralisée et intense dans la région pelvienne. On ne trouva pas les reins à la région lombaire, mais au devant du sacrum, et en arrière de la vessie existait une sorte de tumeur remplie de liquide : c'est un rein unique, avec uretère unique.

b) CEUX QUI ONT ÉTÉ RECONNUS PENDANT L'INTERVENTION

Nous avons rassemblé ici dans ce groupe toutes les observations où le rein unique était reconnu par une lombotomie exploratrice, et nous verrons qu'elle est l'importance de cette découverte du rein unique, surtout là, où la cystoscopie et d'autres explorations n'ont pas pu donner aucun signe de rein unique.

Les deux observations de M. le Professeur Rochet nous sont de bons exemples, où nous voyons que le diagnostic du rein unique n'a été fait que par la lombotomie exploratrice, car les autres moyens d'explorations (cystoscopie, etc.), étaient impossibles, ce qui est d'une importance capitale.

Comme les urines étaient positives, pour la tuberculose tout cela paraissait nettement indiquer une néphrectomie du côté droit et la découverte heu-

reuse de l'absence du rein gauche nous a indiqué toute son importance.

Donc il ne faut pas négliger de pratiquer une lombotomie exploratrice dans tous ces cas douteux qui, comme nous avons vu, peut nous démontrer le diagnostic du rein unique et éviter de graves fautes aux chirurgiens.

Obs. 50. — A. MALTHIX, *Christiana*, 1895.

(Ristitch, *Thèse de Lyon*, 1923, Obs. 96.)

Jeune fille de 20 ans. A l'intervention, on trouva une hypertrophie du rein gauche situé à l'endroit normal, mais le rein droit était congénitalement absent, Le bassin gauche était le siège d'une dilatation énorme, du volume d'une tête d'enfant.

A l'autopsie : Après la section haute, on prouva avec certitude que la portion inférieure seule de l'uretère droit existait, la portion supérieure étant probablement congénitalement atrophiée.

Obs. 51. — ALBARRAN, 1907.

(Ristitch, *Thèse de Lyon*, 1923, Obs. 100.)

Jeune homme, le rein mobile, gros, bas, situé du côté droit. L'examen cystoscopique et le cathétérisme urétéral montrent qu'il n'existait qu'un seul uretère et, pendant l'opération, on constate qu'il s'agissait d'un rein mobile, unique, très gros et allongé, avec hydronéphrose moyenne.

Obs. 52. — ALBARRAN, 1907.

(Ristitch, *Thèse de Lyon*, 1923, Obs. 101.)

Le 29 mars 1907. Un autre cas d'hydronéphrose de 130 cc., dans un *rein gauche unique* et mobile.

Obs. 53. — A.-J. MAYER et NELKEN, 1911

(*Journal d'Urologie*, 1912, p. 276).

Rupture sous-péritonéale d'un rein unique

Voici le résumé de ce cas intéressant. Un marin de 30 ans tombe de quatre à six pieds de haut sur une barre de fer ; la région lombaire droite a porté. Malgré la douleur, il continue son service sept jours, pendant lesquels l'urine serait restée claire. Au bout de ce temps, anurie complète.

L'examen montre une large ecchymose remplissant toutes les régions abdominales et lombaires droites et le bassin ; l'abdomen est dur et tendu. Le cathétérisme ramène un peu d'urine sanguinolante, puis absolument rien dans les 24 heures suivantes. Vomissements. La cystoscopie et la radiographie ne furent pas faites, vu l'état précaire du malade. Elles auraient été inutiles.

Furent discutés : le diagnostic de rupture du rein droit avec caillot vésical obturant les uretères ; rupture sous-péritonéale de la vessie et surtout rein unique contus.

On fit une laparotomie exploratrice gauche, qui montra l'absence du rein de ce côté et toute la région opposée dure et ecchymotique. Fermeture ; incision lombaire droite, qui fit tomber dans une masse de caillots infiltrant toute la région et ayant le rein pour centre. Drainage simple. Les urines se rétablirent, mais le malade mourut 36 heures après.

L'autopsie, six heures après le décès, montra toute la région lombaire dilacérée par le sang ; au milieu, le rein (il n'y avait pas de bassin). Microscopiquement, existaient de la néphrite aiguë et quelques infarctus.

Obs. 54. — ROCHET, 1912.

Mme X..., 38 ans, se plaint depuis plusieurs mois de douleurs lombaires avec des urines fortement pyuriques ; ces douleurs sont très vives par moment, et forcent la malade à se coucher. Les douleurs sont surtout localisées du côté droit,

mais cependant, elles sont un peu irradiées du côté gauche aussi.

Pas de calculs apparents à la radiographie des deux côtés.

Inoculation des urines négative pour la tuberculose.

La malade se plaignant toujours de ces douleurs lombaires que rien ne pouvait soulager, on décide d'aller regarder du côté droit la cause de ces douleurs.

A la cystoscopie, on n'avait pas pu trouver les orifices urétéraux, mais comme la vessie était très sale et un peu intolérante, on n'avait pas poussé la recherche longtemps.

On se porta du côté droit pour faire une lombotomie exploratrice, pour se guider sur l'état du rein où siégeaient les douleurs depuis si longtemps. (Opérateurs : M. Rochet et M. Thévenot.) Mais, malgré une très large incision en écharpe, du côté droit, agrandie encore notablement vers l'abdomen, au cours de l'opération, pour explorer tout à fait la région, il n'y fut pas possible de découvrir ni un moignon de rein, ni un uretère, ni un fer-à-cheval non plus; et les recherches furent faites soigneusement pendant plus d'une heure.

Pourquoi la malade souffrait-elle du côté droit principalement ? Il est bien difficile de le dire.

A la suite de l'intervention, la malade se rétablit rapidement de l'opération elle-même. Pendant quelque temps, on l'a revue, se disant notablement soulagée, mais gardant toujours des urines troubles, et finalement on la perdit de vue.

Obs. 55. — EARLE DENEN, 1913.

(Ristitch, *Thèse* de Lyon, 1923, Obs. 103.)

Le malade, âgé de 22 ans. Hydronéphrose dans un *rein unique*. Vérification par l'opération et la cystoscopie.

Obs. 56. — ROCHET, 1914.

Dame B..., mariée depuis 10 ans, pas d'enfant. Souffre depuis trois ans, de pyurie et de cystite très accusée.

L'inoculation a été positive nettement (urine qu'on croyait totale).

La cystoscopie n'avait jamais pu être faite du côté gauche ; on n'a jamais pu arriver à trouver l'orifice urétéral du côté gauche, après plusieurs tentatives.

Le rein droit n'était pas perceptible et les urines de ce côté avaient été positives.

La cystalgie persistant toujours intense et la pyurie aussi, on pense à une opération chirurgicale sur le rein droit, mais comme on n'avait pas pu passer à la cystoscopie du côté gauche, on décida de faire une lombotomie exploratrice du côté gauche avant de toucher au rein droit.

L'opération ne permit pas de découvrir du côté gauche aucune trace de rein ni atrophié, ni sous forme de vestigé, ni sous forme de fer-à-cheval.

Pas d'uretère non plus sur le côté gauche, ni même sur le devant de la colonne vertébrale.

En l'espèce, comme la néphrectomie du côté droit paraissait nettement indiquée, la découverte de l'absence du rein gauche avait une énorme importance.

c) CEUX QUI N'ONT PAS ÉTÉ RECONNUS NI AVANT NI PENDANT L'INTERVENTION

Les observations que nous rapportons ici méritent particulièrement au point de vue chirurgical de retenir notre attention, car plusieurs cas de rein unique ont été extraits parce qu'ils n'étaient pas reconnus ni avant, ni pendant l'intervention, c'est-à-dire on ne savait pas que le deuxième rein faisait défaut.

Nous avons déjà noté que Winter a réuni 11 cas de l'opération faite sur le rein unique. Dans 7 cas on faisait la néphrectomie parce qu'on ne savait pas qu'il

s'agissait de rein unique. La mort en anurie survint du premier au onzième jour.

Aussi nous avons le cas de Dionis de Séjour qui enleva un rein unique hydronéphrosé pour un kyste ovarique. Papin cite la néphrectomie qui a été pratiquée également par Albarran, par Cathelin, par Guinard, dans une pyonéphrose calculeuse, par Honzel dans un kyste hydatique du rein, par Scheselig.

Dans ces diverses observations la mort était survenue.

Obs. 57. — BARBIER et BROUSSE, 1895.

(Ristitch, *Thèse de Lyon*, 1923, p. 43.)

Hydronéphrose. Néphrectomie. Mort.

Autopsie : Il n'y avait pas de traces de rein du côté gauche. Le rein unique, hydronéphrosé, dégénéré en partie, avait été enlevé.

Obs. 58. — E DUFOR, 1905.

(*Annales des Maladies des Organes génito-urinaires*,
1905, p. 1800.)

Ectopie pelvienne de l'extrémité inférieure d'un rein gauche, hypertrophié et unique, simulant une tumeur annexielle.

Voici la relation du cas :

E... Catherine, 20 ans, ouvrière de fabrique, entre dans le service de M. le Professeur Thiriar, le 9 décembre dernier, parce qu'elle souffre de douleur dans le flanc droit, s'irradiant dans la fesse droite.

L'opérée meurt dans la nuit.

La tumeur enlevée est constituée par une masse qui présente des dilatations kystiques.

L'autopsie a été pratiquée par le Dôcteur C. Férôn ; en voici le protocole :

Le rein droit fait complètement défaut.

Le rein gauche pèse 170 grammes, mesure 14-7-3.

Le bassinot est d'aspect normal, quoique beaucoup plus large que normalement ; l'uretère qui lui fait suite est normal.

La vessie ne présente pas d'altération, mais elle offre cette particularité de n'avoir qu'un seul orifice urétéral situé à gauche et beaucoup plus large que normalement.

On peut se demander si, dans notre cas, le rein très volumineux n'était pas constitué par la fusion de deux glandes, dont la droite serait descendue dans le bassin, tout en restant en continuité avec la gauche, en passant au devant du promontoire. Nous ne le pensons pas, car l'opération et l'autopsie ont démontré qu'il n'y avait qu'un seul bassinot, beaucoup plus large et plus développé que normalement, un seul uretère et un seul orifice urétéral dans la vessie.

Pour ces raisons, nous estimons qu'il n'existait chez notre malade qu'un seul rein, à gauche, congénitalement hypertrophié et ectopié.

Obs. 59. — ROUTIER et PICARD, 1914.

(*Journal d'Urologie*, 1914-1915, p. 114.)

Hydronéphrose dans un rein unique

Il s'agit d'une malade chez laquelle R. pratiqua, il y a quelques années, la fixation du rein qui ne lui parut nullement altéré.

Deux ans plus tard, la malade se plaignait de grosse difficulté à uriner, avec hématurie et urines troubles. Le rein droit est gros et la cystoscopie montre des orifices urétéraux rouges avec ulcérations vésicales.

Six ans après, la malade revient avec des douleurs beaucoup plus marquées, un rein droit gros et douloureux ; rien

à gauche. A l'examen cystoscopique, on trouve une vessie avec muqueuse desquamée, fausses membranes et, par places, des ulcérations d'aspect tuberculeux. Impossibilité de voir les orifices urétéraux. Devant le syndrome : cystalgie, hématurie, gros rein, polyurie trouble, on conclut à la tuberculose rénale droite. Néphrectomie du rein droit irrégulier, bosselé. Le bassin fut trouvé très dilaté, gros comme les cinq doigts réunis, plein de liquide clair, auquel succédait un uretère moniliforme, gros comme un intestin grêle, à parois souples. Il fut sectionné entre deux ligatures. Le rein était dilaté, avec des ecchymoses sur le bassin ; le liquide qu'il contenait était louche. L'examen histologique montra qu'il ne s'agissait pas de tuberculose. L'opération fut suivie d'anurie complète, qui se termina par la mort, sans autre manifestation urémique.

L'autopsie donna les résultats suivants : la fosse lombaire droite est vide et on trouve le pédicule rénal lié ; la loge rénale gauche est également vide, et nulle part on ne trouve trace d'un second rein. Extérieurement, la vessie ne présente rien d'anormal. L'uretère droit, grand et souple, porte à sa section supérieure la ligature opératoire, mais à gauche pas trace d'uretère. La vesie ouverte par sa paroi antérieure, on note des ulcérations nombreuses, petites, irrégulières, distribuées dans la région du trigone. Tandis qu'une sonde passe facilement dans l'urètre et dans l'uretère droit, à gauche, il n'y a pas la moindre ébauche de canal urétéral, pas le moindre trajet transversal ; seul l'orifice est ébauché, représenté par un pli plus marqué de la muqueuse. Enfin, du côté de l'appareil génital, on note un utérus en latéroversion droite, avec implantation anormale des trompes.

CHAPITRE III

Réflexions suggérées par nos statistiques.

Le dépouillement des observations que nous avons fait très attentivement et l'analyse des différents cas dans notre classement nous permet de nous résumer de la façon suivante :

Le rein unique est plus fréquent qu'on pourrait le croire et qu'on l'a cru généralement.

Au point de vue de cette anomalie, on peut dire que le rein unique comporte lui-même de grandes différences suivant la forme, le volume et le siège.

L'absence d'un rein s'accompagne ordinairement de l'*hypertrophie* du seul rein existant et c'est, sans doute, grâce à cette hypertrophie compensatrice que de telles anomalies peuvent exister sans influencer pendant longtemps et d'une façon apparente au moins, sur la santé générale de l'individu, et sans déterminer le moindre trouble de la fonction urinaire ; c'est pourquoi un si grand nombre de cas sont des trouvailles d'autopsie, comme nous pouvons en juger par nos nombreuses observations qui occupent le *premier*

groupe dans le classement de nos statistiques où nous en avons pu réunir 39 observations en plus des 278 que nous avons trouvées dans la thèse de Cadore.

Dans le *deuxième groupe* (première catégorie), cas observés en clinique; nous avons pu trouver 11 cas où le rein unique a été diagnostiqué avant l'intervention, ce qui est d'une importance capitale et qui nous fait la preuve qu'actuellement les chirurgiens des voies urinaires songent à la possibilité de cette anomalie. Ce diagnostic de rein unique est devenu possible grâce aux multiples moyens d'exploration moderne que l'on emploie aujourd'hui en chirurgie urinaire : cystoscopie, cathétérisme d'uretères, la radiographie.

Ensuite deuxième catégorie du deuxième groupe, nous avons les cas qui ont été reconnus pendant l'intervention. Ici nous en avons rassemblé 7 cas de rein unique *reconnu par une lombotomie exploratrice*, et nous insistons sur l'importance de ce mode d'exploration surtout là où la cystoscopie et d'autres explorations n'ont pas pu être pratiquées comme nous le voyons nettement dans une des observations de notre Maître, M. le Professeur Rochet où le diagnostic n'était fait que par lombotomie exploratrice, et de cette façon la néphrectomie qui était tout indiquée dans ce cas à cause des urines positives pour la tuberculose fut évitée. Donc nous voyons bien l'importance de la lombotomie exploratrice dans les cas de rein unique.

Enfin, nous avons dans cette troisième et dernière catégorie du deuxième groupe, des cas qui n'ont pas été reconnus ni avant, ni pendant l'intervention. Ces quatre observations nous montrent que l'ignorance

de la part d'un chirurgien sur les reins uniques peut l'entraîner à de graves erreurs. Ils ont extrait les reins pris pour différents cas ; kyste de l'ovaire, kyste hydatique du rein, polynéphrose calculeuse, etc., car ils n'ont pas pensé au rein unique. Naturellement la mort en était la conséquence. Donc ces cas méritent particulièrement au point de vue chirurgical de retenir notre attention et que des fautes semblables ne soient plus commises, surtout actuellement que la chirurgie des voies urinaires possède tous les moyens précieux pour arriver à diagnostiquer un rein unique.

CONCLUSIONS.

L'absence de l'un des deux reins, d'après les recherches aussi complètes que nous avons pu faire à ce sujet est *plus fréquente à gauche qu'à droite*, chez l'homme comme chez la femme.

Le rein unique est ordinairement compatible avec une très bonne santé générale ; il n'existe pour lui que le danger d'une lésion développée au cours de la vie, et où il n'y aurait pas la sécurité de l'autre rein par derrière soit pour attendre la guérison du rein frappé, soit pour le traiter chirurgicalement.

Le plus souvent le rein unique est accompagné de *malformatoïns congénitales concomitantes* ; celles-ci portent surtout sur l'appareil génital externe. Par conséquent, en face de ces anomalies des organes génitaux il faudrait examiner de très près la question du rein unique, en cas d'affection urinaire.

Dans presque toutes nos observations, le rein unique présentait une *hypertrophie* notable. Peut-être cette hypertrophie est-elle due à une fonction com-

pensatrice. Ce rein unique siège en général à sa place normale, c'est-à-dire dans la fosse lombaire.

L'uretère du rein unique est plus gros que normalement dans la plupart des cas.

Au point de vue pathologique, le rein unique peut comme dans les autres malformations rénales (le rein en fer à cheval en particulier), être atteint des affections les plus diverses (*hydronéphrose, calculs, tumeurs, tuberculose*). Parmi ces lésions la *néphrite* paraît avoir été plus fréquemment observée.

La question du rein unique a une très grosse importance. *Elle n'a pas seulement un intérêt anatomique, mais au point de vue chirurgical et même médical, elle est capitale.*

Pour ne parler que du point de vue chirurgical, on peut penser combien cette malformation devra faire réfléchir en présence d'une opération à tenter. Dans des cas spécialement malheureux le chirurgien a pu être conduit à extirper des reins uniques.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

V. ROCHET.

Vu :

LE DOYEN,

Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 4 Mai 1923.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — *Ann. des Mal. des Org. génito-urinaires*, 1907, p. 801 et 881.
- J. ANDERS. — Conjenital Single Kidney With the report of a case, etc., *American Journal of the Medical Sciences*, mars 1910, p. 313.
- ANDRAL. — *Manuel d'Anatomie pathologique*, 2^e partie.
- ANDREW. — *The Lancet*, 1907, t. I, p. 213.
- BARBIER et BROUSSOLLE. — *Bourgogne Médicale*, 1895.
- BAUER. — *Bull. Soc. Anat.*, 1901, p. 339-340.
- BAZY. — *Revue de Chirurgie*, 1897, p. 410.
- BERNASCONI. — *Bull. Medical de l'Algérie*, 15 janvier 1908.
- BEZANÇON (P.). — *Bull. Soc. Anatom.*, 1889, p. 348.
- BOSTROEM. — *Beitrag zur pathol. Anatom. der Nieren*. Fascicule I, 1884, p. 36.
- BUSK. — *Medico-Chirurgical Transactions*, London, vol. XIX, 1846, p. 269.
- CADORÉ. — *Thèse*, de Lille, 1903. Les Anomalies congénitales du rein chez l'homme.
- CAMPANA et CALMETTE (Mlle et M.). — *Journal de Méd. de Bordeaux*, 25 juillet 1904.
- CHAFFEY. — *Transactions of the Pathol. Society of London*, 1885, vol. 36., p. 282.

- CHASSAING. — *Bull. Soc. Anatom.*, 1897, p. 306.
- CHÉBŒUF. — *Journal général de méd., chir. et pharmacie*, rédigé par Sédillot, Paris, 1813, t. 47, p. 362.
- CHRÉTIEN. — *Bull. Soc. Anatom.*, 1895, p. 660.
- COLLET. — Absence congénitale du rein gauche ; persistance de la surrénale. *Lyón Médical*, 1908, CX, 1040-1044.
- CULLEN. — Société américaine de gynécologie, 3, 4 et 5 mai 1910, *In New-York Med. Journ.*, 18 juin 1910, p. 1315.
- DELMAS et FAL. — *Soc. Anat.*, juillet 1906.
- DIAMANTIS. — Un cas de rein unique congénital. *Bull. et mém. Soc. Anatom.*, de Paris, 1907, LXXXII, 43.
- DIONIS DU SÉJOUR (P.) (Siermont-Ferrand). — *Soc. Anatom.*, nov. 1906.
- DUCAMP. — Cité par Jacquemet et Musy, loc. cit., p. 662.
- DUFOUR (E.). — Brochure Bruxelles, 1904.
- EARLE DENEN. — *Journal d'Urologie*, 1913, p. 479.
- ECKARDT. — *Archiv. fur Pathol. Anat.*, vol. 114, 1888, p. 217.
- FALK. — *Archiv. fur Pathol. Anat.*, vol. 83, 1881, p. 558.
- FÆRSTER. — *Die Missbildungen des Menschen*, 1861, Iena, p. 125 et tab. XII, fig. 28.
- GARDINI. — Société médico-chirurgicale de Bologne. *In Gazzeta degli Aspedali et delle clinique*, v. 118, 17 octobre 1911, p. 1256.
- GAVARD. — *Traité de Splachn.*, 1802, p. 454 et *In Rayet III*, p. 757.
- GRENET (A.). — *Bull. Soc. Anat.* 1897, p. 941.
- HALLER. — *Elementa Physiologiæ corporis humani*, Berne, 1755, t. VII, p. 241.
- HALLOPEAU (P.). — *Société Anatomique*, mai 1904.
- HASSE et SPRENGELL. — *Deutsche Klinik*, 25 août 1860, n° 34, p. 329.
- HEITS-BOYER et ELIOT. — *Société Anatom.*, février 1910.

- HORAND (R.). — *Bull. et Mém. Soc. Anat.*, de Paris, avril 1905, LXXX, 307-312.
- JACKSCH. — *Prager Vierteljarsshrif*, 1860, II, vol. 66, p. 172.
- JOLLY (J.). — *Bull. Soc. Anatom.*, 1896, 9, pl. 2.
- KUSTER. — *Archives f. Klin. Chir.*, Bd. 44, S. 800.
- LECONTE (Marc). — *Société Anatomique*, janvier 1908.
- LEGRAND (Bruxelles). — Soc. d'Anatom. Pathol. de Bruxelles, 4 décembre 1913. *In Journal Medic. de Bruxelles*, n° 9, 26 février 1914, p. 117.
- MALTHIX (A.) (Christiana. — *Ann. des Mal. des voies urinaires*, 1895.
- MAYER (A.-J.) et NELKEN (A.). — *The journal of the american Medical Association*, vol. LVII, n° 16, 14 octobre 1911, p. 1262 et 1263 avec 1 fig.
- MONNIER. — Anatomie d'un rein unique ectopié. *Arch. prov. de Méd.*, Paris 1900, II, 49-58.
- MONOD (Ch.). — Société de Chirurgie, 25 janvier 1905, Paris.
- MOYNIHAN. — *Britisch Med. Journal*, 1904, p. 1011.
- NANNONI. — Cité par Meckel, *Handbuch der pathologischen Anatomie*, vol. I, p. 626, 1812.
- NORTHRUP (W. P.). — *The Medical Record*, New-York, 5 nov. 1887. vol. 32, p. 608.
- PAPIN (E.). — *Ann. des Mal. des organes génito-urinaires*, 1908, p. 1601.
- PAULICKI. — *Allgemeine medic. Centralzeitung*, 1868, XXXVII, p. 473.
- RAYER. — *Traité des Maladies des reins*, Paris, 1841, t. III, p. 756-780 et atlas, planches III, XXXIX, etc.
- ROLLESTON (J.-D.). — *The British Journal of Children Diseases*, vol. X, n° 112, avril 1913, p. 161, fig. 1.
- ROUTIER et PICARD. — *Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie de Paris*, n° 6, 17 mars 1914, p. 209.
- SCHLOFER DE PRAGUE H.). — *Zeitsch f. Urolog.*, t. XIV, juin 1920, fasc. 6, p. 252-264, *Journal d'Urologie*, 1921.

TVEEDY. — *In the New-York Medical Journal*, 1^{er} septembre 1894, t. II, p. 283.

VALLAS. — Pyonéphrose tuberculeuse sur un rein unique ; malformations congénitales de l'appareil urogénital. *Lyon Médical*, 1907, CIX, 410-414.

VALLETTE (P.).— Deux cas de rein unique. *Marseille Médic.*, 1905, XLII, 329.

WEICHSELBAUM. — Bericht der K. K. Krankenaustalt. Rudolph Stiftung in Wien, vom Jahre, 1883 ; Vienne, 1884, p. 379.

WILLARD (De F.) — *American journal of the med. Sciences*, 1879, n. s. LX, p. 453.

WINTER. — *Arch. f. Klin. Chirurgie* 1903, Bd. 69. S. 611.

ZOAIGER — *Archives néerlandaises des Sc. naturelles*, VII, p. 449- 1873.



